

天主教輔仁大學附設醫院營養品審核小組

新進營養品申請單

111.05.17修訂

品項名稱	規格	市場末端售價
特殊營養品許可證字號：衛署食字第_____號		
製造廠名稱：		
製造廠地址：		
申請商號：		(若無不需填寫)
適應症：(請附文獻報告)		
國內已使用的醫院：		
*醫學中心：		
*其他醫院：		
請說明進用此營養品的理由：(由申請醫師或營養師填寫)		
申請醫師或營養師簽章 本院部科(代)主任提出/專任主治醫師/營養師 (主治醫師申請之案件需經其科主任認可簽章)	單位主管簽章	
公司名稱：_____		聯絡人：_____
電話：_____ E mail: _____		申請日期：_____
以下由審查小組填寫		
小組審查	評估臨床需求： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
	院內是否有同類型品項： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	售價是否合理： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	

- 註：1. 得邀請提出醫師或營養師出席特殊營養品審核小組會議說明進用此營養品之理由。
 2. 每個部(科)提案件數限1件。
 3. 每年1.4.7.10月召開會議，此申請表應於會議召開前1個月提出，並繳交審查費(5000元/個)，後續進行相關行政作業。